

【通報・相談受付シート】

受付No.

通報・相談者の氏名		(・匿名)	本用紙に記載した日	年 月 日	
通報者等の所属	・職員（部署： ・派遣労働者（派遣元：		職名： 派遣部署：	）・非常勤職員 ）	
希望する 連絡方法	電話番号：	(自宅・職場・他 ())			
	メールアドレス：	(自宅・職場・他 ())			
	FAX番号：	(自宅・職場・他 ())			
	郵送（住所）：〒	—	(自宅・職場・他 ())		
通 報 等 の 内 容	①通報・相談の別： 通報・相談				
	②通報等の対象者： _____ 部署： _____				
	③通報等対象事実は（生じている・生じようとしている・その他（ (いつ) _____ (どこで) _____ (何を) _____ (どのように) _____ _____ _____ _____ (何のために) _____ _____ _____ (なぜ生じたのか) _____ _____				
	③対象となる法令違反等： _____				
	④通報対象事実を知った経緯： _____ _____				
	⑤通報対象事実に対する考え： _____ _____ _____				
	⑥特記事項： _____ _____				
	証拠書類等の用意（有（書面・その他（ _____）・無） ※匿名の場合は、通報を信じるに足りる相当の理由・証拠がある場合に限り受け付けますので、通報時に証拠書類等を提出願います。				
	調査等の結果の通知（希望する・希望しない）※匿名の場合は通知できません。また、連絡先が未記載、不正確の場合も通知できません。				

※可能な限り具体的に記載願います。書ききれない場合は、適宜、別紙に記載してください。
 ※できる限り実名での通報にご協力下さい。（匿名の場合、調査結果の通知等ができない、又は事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります。）